



Quand le territoire devient un enjeu de santé : réseaux locaux de services (RLS) au Québec

Sebastien Fleuret

► To cite this version:

Sebastien Fleuret. Quand le territoire devient un enjeu de santé : réseaux locaux de services (RLS) au Québec. *Études canadiennes / Canadian Studies : Revue interdisciplinaire des études canadiennes en France*, 2006, 61, pp.89-112. halshs-00175559

HAL Id: halshs-00175559

<https://shs.hal.science/halshs-00175559>

Submitted on 28 Sep 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

QUAND LE TERRITOIRE DEVIENT UN ENJEU DE SANTÉ : RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS) AU QUÉBEC

Sébastien Fleuret,
CNRS, UMR 6590 'Espaces géographiques et Sociétés', France

Introduction :

Au Canada, si le gouvernement fédéral a la possibilité d'impulser des initiatives en matière de santé, les politiques sanitaires et sociales relèvent bien de la compétence des provinces. Le texte qui suit propose une analyse géographique du système de santé québécois à l'éclairage d'une réforme qui modifie sensiblement la territorialisation de l'offre de soins.

Le Québec constitue un exemple remarquable à bien des égards. Tout d'abord, la province du Québec dispose d'un ministère de la santé et des services sociaux au sein duquel le social côtoie le médical. La santé a été définie par l'OMS comme étant plus que l'absence de maladie et relevant d'une approche globale centrée sur la personne dans son environnement. Le système de santé québécois prône cette approche globale et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé aux côtés des déterminants médicaux. Le fait que la santé et le social ne soient pas dissociés au niveau ministériel contribue certainement à favoriser à tous les échelons du territoire une approche décloisonnée des questions de santé.

La géographie du Québec génère des contraintes dans la distribution des soins et services sociaux : le territoire est vaste et très inégalement peuplé. On y distingue des espaces métropolitains très denses et des zones rurales isolées où les distances d'accès peuvent être très problématiques et où il devient difficile de maintenir les services. Ainsi, par exemple, le ministère de la santé et des services sociaux a dû prendre un arrêté afin de favoriser le maintien d'une présence soignante sur un ensemble de territoires désignés par la *liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé, Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29)*.

Face à ces contraintes, le Québec a très tôt (en fait dès la mise en place de son système de santé moderne dans les années 70) fait un double choix : d'une part celui, évoqué précédemment, de considérer la santé dans une acceptation globale, d'autre part celui de rechercher la meilleure adéquation entre l'offre de services et les caractéristiques locales.

Récemment, une nouvelle évolution a eu lieu avec l'adoption de la loi 25 qui crée sur l'ensemble du territoire à l'exception des terres très peu peuplées du nord, des *réseaux locaux de services (RLS)*.

Ce texte analyse, en cours de processus, la mise en place de ces réseaux dans le but de mettre en évidence les logiques sous-jacentes à cette réforme du système de santé québécois. Pour cela, après avoir présenté le cadre méthodologique de ce travail, nous procédons en trois parties. La première situe la mise en place de ces réseaux dans le contexte de 30 années d'évolution du système de santé moderne au Québec. La deuxième partie présente la réforme qui a conduit à la mise en place de ces réseaux en détaillant spécifiquement les objectifs et les enjeux qui ont guidé ce processus. Enfin, la troisième partie met l'accent sur la dimension territoriale de ces réseaux qui recomposent les espaces de la santé au Québec et propose de poser dès aujourd'hui les questions qui sous-tendront les bilans qu'il faudra inévitablement dresser à l'usage de ce nouveau système.

Matériel et méthode

Le travail présenté ici repose sur trois catégories de matériel. L'orientation générale de l'étude adopte une vision à travers la focales des administrateurs du système de soins. Premièrement, nous avons analysé un corpus de documents publiés par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Ces documents encadrent et précisent les modalités de la mise en œuvre de la loi 25 sur le terrain. Schématiquement une préconisation d'action en deux phases ressort de ces documents. La première est une phase de projet organisationnel. Durant cette phase, les centres de santé et de services sociaux créés par la loi à partir de différents établissements

fusionnés vont mettre en place une structure administrative destinée à supporter la seconde phase : celle du projet clinique. La présente étude se situe, chronologiquement, à l'articulation des deux phases.

Deuxièmement, nous avons constitué une base de données descriptives des territoires du soin de première ligne au Québec à deux échelles : les Centres locaux de services communautaires –CLSC- (147 territoires) et les Réseaux locaux de services (95 territoires). Cette base de donnée est composée de 54 variables utilisées pour former quatre indicateurs qui peuvent être combinés et sont ici présentés en une nomenclature simplifiée :

| Indicateurs liés au territoire et à la population |
|---|
| Densité de population; Indice facteur pondéré de la population par l'âge, le sexe et la défavorisation; Taux d'accession à la propriété; Fréquentation scolaire; Poids relatif des minorités, ... |
| Indicateurs en lien avec les services offerts |
| Services offerts en médecine omnipratricienne sur le territoire; Distance médiane à l'urgence; Les + de 75 ans bénéficiaires d'un service de maintien à domicile; Services courants de santé disponibles; Total des interventions en fonction des classes d'âge; Nombre moyen d'interventions par usager (en CLSC); Offre communautaire; Variations financières du soutien aux Organismes sans but lucratif), ... |
| Indicateurs organisationnels |
| Bilan budgétaire; Nombre d'installations (lieux de services) sur le territoires; Présence ou non de points de services, ... |
| Indicateurs liés à la santé |
| Mortalité ; Espérance de vie, ... |

Seule une partie des 54 indicateurs a été retenue afin d'éviter toute redondance car certains entrent dans la composition d'indices synthétiques. Ainsi, par exemple, le revenu moyen à l'échelle des territoires étudiés est présent dans la base de données constituées mais n'est pas utilisé dans le tableau ci-dessus car il entre dans la définition de la défavorisation.

Pour finir, une série d'entretiens exploratoires a été réalisée au cours de l'année 2005 (janvier puis novembre et décembre) sur trois régions "laboratoires" : Montréal, Estrie et Montérégie. il s'agit d'entrevues basées sur une grille d'entretien semi-directive. Les personnes interrogées ont été choisies pour leurs connaissances liées à leur fonctions professionnelles de direction ou de coordination au sein des agences régionales de développement des réseaux locaux de

services de santé et de services sociaux et au sein de six Centres de Santé et de Services Sociaux "pilotes". Deux entretiens spécifiques complémentaires ont été menés auprès d'un responsable de la table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et d'une représentante des médecins exerçant en CLSC¹.

L'avènement des réseaux, suite logique de 30 années d'évolution

Les grands principes

La mise en place d'un système de santé moderne au Québec s'est faite selon trois grands principes qui sont présentés ci-après dans leur configuration avant la réforme de 2003 :

○ L'universalité des soins

Le système québécois de santé est sous contrôle public depuis 1961, date de l'instauration de l'assurance hospitalisation garantissant l'accès universel à des services hospitaliers gratuits. En 1971, un programme universel d'assurance maladie a permis à toute la population d'avoir aussi accès, sans frais, à des soins et des services médicaux en cabinet privé. S'est ajouté, en 1997, un programme universel d'assurance médicaments. Dans ce système, l'État définit le panier de services, en finance la production et le fonctionnement et fixe les conditions d'accessibilité sur une base équitable.

○ Une approche globale

Nous l'avons mentionné en introduction, les services de santé et les services sociaux québécois sont intégrés au sein d'une même administration. Le panier de services relevant de cette dernière est donc étendu au-delà de l'offre médicale et hospitalière. Les services de protections de l'enfance et de la jeunesse ou de prise en charge des personnes âgées relèvent par exemple de la compétence du même ministère que les services curatifs. Si l'on considère, à titre d'exemple, une catégorie de population telle que celle des personnes âgées en perte d'autonomie. Elles ont des problèmes d'adaptation ou des incapacités et l'approche globale

¹ Ces deux derniers entretiens préfigurent une phase ultérieure de la recherche qui portera sur la vision des professionnels de la santé et de services sociaux.

permet de pouvoir répondre à l'ensemble de leurs besoins qu'ils soient médicaux(aspects curatifs) ou sociaux (ex. maintien à domicile). Enfin, le fait d'adopter une vision globale de la santé doit faire une large place à la prévention et à la promotion de la santé afin de d'anticiper les épisodes curatifs.

- *Une structuration des soins de première ligne*

Depuis les années 1970 et jusqu'à la réforme de 2003 créant les réseaux locaux, un établissement était désigné comme la porte d'entrée du système de santé québécois : le CLSC (centre local de services communautaires) dont la vocation est d'*offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants à la population du territoire qu'il dessert (Loi sur les services de santé et les services sociaux)*. La mise en place des CLSC correspondait à la volonté d'offrir un guichet unique à la population, à l'adaptation à un territoire desservi, des interventions à caractère préventif, curatif et communautaire et une gamme de services adaptée, lorsque aucun plateau technique n'est nécessaire². Nous sommes ici dans la continuité de l'approche globale de la personne et de son milieu de vie.

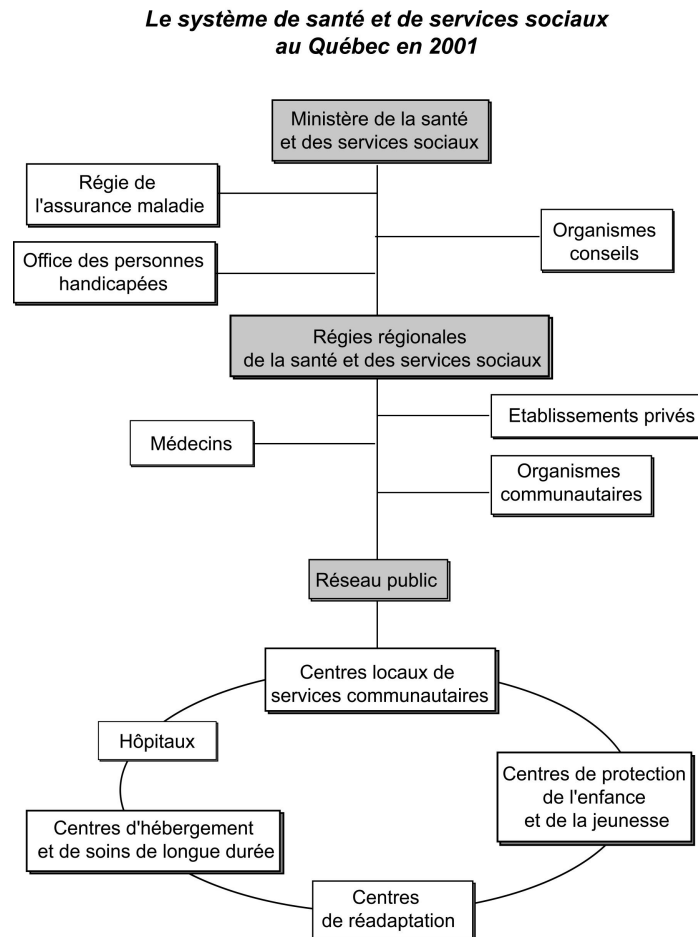
Un rapide aperçu de la situation avant la réforme des réseaux locaux de services

Au début des années 1990, on considère que tous les éléments du système de santé québécois sont en place. On peut alors schématiser l'organisation selon différents paliers. Au palier central, le ministère de la Santé et des Services sociaux établit les grandes orientations et définit les paramètres budgétaires. Au palier régional, les régies régionales sont responsables de l'organisation et de la coordination des services ainsi que de l'allocation budgétaire aux établissements. Au palier local, les établissements (CLSC, centres d'hébergement, centres hospitaliers) et les cliniques privées sont chargés de la distribution des services locaux de base. Des services spécialisés, organisés régionalement, et des services très spécialisés,

² Les soins de deuxième et troisième lignes sont assurés par les autres établissements du réseau public dans un schéma essentiellement hospitalo-centré.

organisés à l'échelle nationale, complètent le réseau de services. La figure n° 1 propose une représentation schématique du système avant la réforme de 2003.

Fig. 1



source : ministère de la santé et des services sociaux,, 2001

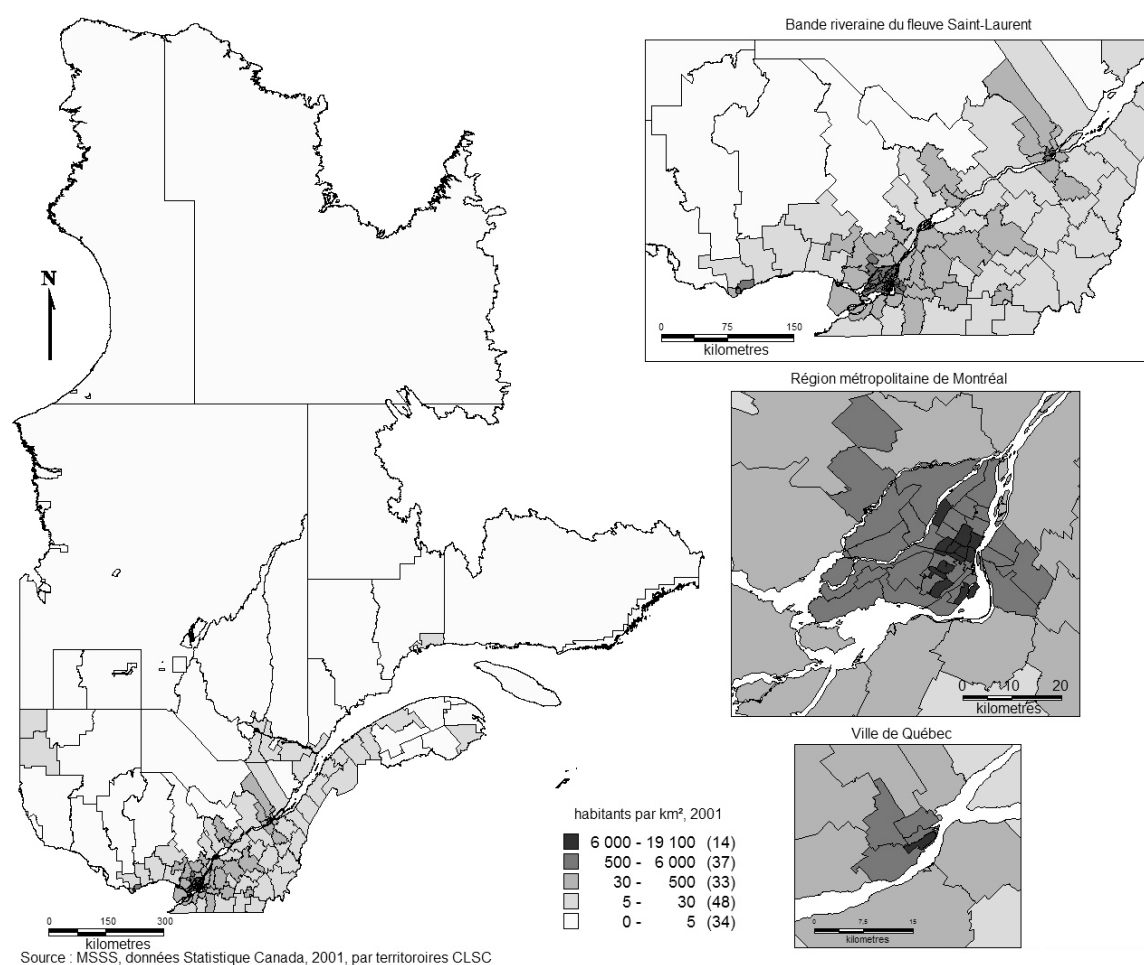
Les réussites mais aussi les échecs des CLSC

○ Une implantation locale

Tout individu s'identifie à un milieu. Il y développe des liens, y tisse un réseau social qui façonne son appartenance. Parfois, il peut également faire partie de diverses organisations, de réseaux de soutien ou encore de groupes d'entraide. Les gens s'identifient généralement à leur quartier, à leur municipalité, puis à leur région. C'est donc à l'échelle locale que se développe d'abord la conscience de la qualité de vie et des éléments qui la composent : la santé, l'économie, la prévention des problèmes sociaux, l'environnement, la sécurité. Les CLSC ont

permis de développer des partenariats locaux avec les acteurs de la santé et les organismes communautaires (secteur associatif) en assumant un rôle central dans le suivi individualisé des personnes ayant recours à des services multiples grâce à un plan de service personnel qui fixe les modalités de distribution de services en fonction des besoins de la personne. Ceci se fait de façon territorialisée, c'est à dire dans la proximité immédiate du lieu de vie de la personne ce qui suppose un maillage territorial et une bonne connaissance par chaque CLSC des acteurs du territoire qu'il dessert. Ce mode d'organisation des soins de première ligne a abouti à la production d'un nouveau découpage géographique (carte ci-après) : le Québec est découpé en 147 territoires couvrant en moyenne près de 45 000 habitants

Fig 2.



- Un balisage imparfait des recours

La loi prévoit donc que le CLSC soit la porte d'entrée du système de santé. Mais dans les fait, les usagers du système utilisent majoritairement d'autres recours. Il se rendent de façon préférentielle soit dans les cabinets de médecins généralistes privés³, soit dans les services d'urgences des hôpitaux. Cela pose deux problèmes majeurs. Premièrement, le secteur de la médecine privée est très mal relié au système de coordination des soins de première ligne. Deuxièmement, les urgences hospitalières connaissent un engorgement, une saturation, des délais d'attentes trop longs à tel point que, parmi les statistiques annuelles publiées par le ministère de la santé, on trouve les temps d'attente moyens sur un brancard avant prise en charge aux urgences.

En 2000, un rapport ministériel pointait les déficiences du système québécois en matière d'accès et de continuité tant pour les *citoyens* que pour les *professionnels* (rapport Clair). Face à ces dysfonctionnements, le gouvernement du Québec a décidé, en 2003, de réformer le système en conservant ses principes fondamentaux, mais en modifiant l'organisation de la coordination des services au niveau local.

La réforme des RLS, objectifs et enjeux

La création des RLS s'est opérée selon deux processus : premièrement le découpage territorial de la santé et des services sociaux a été redéfini en passant de 147 territoires de CLSC à 95 territoires de RLS. Deuxièmement, sur chaque territoire, les établissements publics ont été fusionnés en une seule entité administrative : les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS).

Une meilleure coordination des acteurs, sur le territoire et autour de l'utilisateur

Le processus de fusions entrepris correspond à une logique territoriale. Il avait déjà commencé depuis quelques années en région, là où la densité de population est plus faible et

³ en CLSC l'exercice de la médecine est salarié et les CLSC ne proposent pas tous de consultations médicales

les distances aux services parfois importantes. Dès 1998, le ministère de la santé et des services sociaux émettait des orientations à l'égard de services à la population avec un objectif majeur : l'accessibilité⁴. Et le principal moyen suggéré pour parvenir à cet objectif reposait sur des réseaux de services intégrés. Dans certaines régions, des *centres de santé* ont été créés à cette période pour regrouper les CLSC, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres hospitaliers (CH). Ces concentrations de services avaient pour objectif d'optimiser les ressources en réalisant des économies d'échelle et en coordonnant mieux les différents types et niveaux de services.

La loi 25 qui crée les RLS se place dans la continuité de ce processus en généralisant à l'ensemble du territoire ce qui se limitait à quelques expériences localisées. Désormais, le Québec est découpé en 95 réseaux locaux commandés par un établissement pivot administratif (CSSS). Fondamentalement, peu de choses changent en termes de guichets de services. La grande majorité des installations (CLSC, CHSLD, hôpitaux et points de services) demeurent. Les changements sont surtout organisationnels : la création des CSSS est une centralisation administrative. Les CSSS héritent de la responsabilité de rendre accessible un éventail de services le plus complet possible à la population de leur territoire. *Des mécanismes de référence entre les différents producteurs de services sont instaurés pour garantir une meilleure complémentarité entre ceux-ci et faciliter le cheminement des personnes entre les services de première ligne (services médicaux et sociaux généraux), de deuxième ligne (services médicaux et sociaux spécialisés) et de troisième ligne (services médicaux et sociaux sur-spécialisés). C'est le maillage des services et des différents producteurs ainsi créé qui forme donc le réseau local de services.*(source MSSS). Le schéma page suivante montre la nouvelle organisation du système québécois.

⁴ MSSS, "les services à la population, 1998-2001"

Fig 3.



La mise en place de ces réseaux est un développement de la notion de corridor de services : il s'agit d'organiser le système autour de l'usager et de penser la délivrance de soins et de services sociaux en termes de parcours individuels, les acteurs du système constituant dès lors des bornes. Tous les CSSS, avec les partenaires de leur réseau local de services, doivent définir un projet clinique et organisationnel qui est axé sur l'interdisciplinarité entre les divers intervenants et la complémentarité des services.

La recomposition des territoires

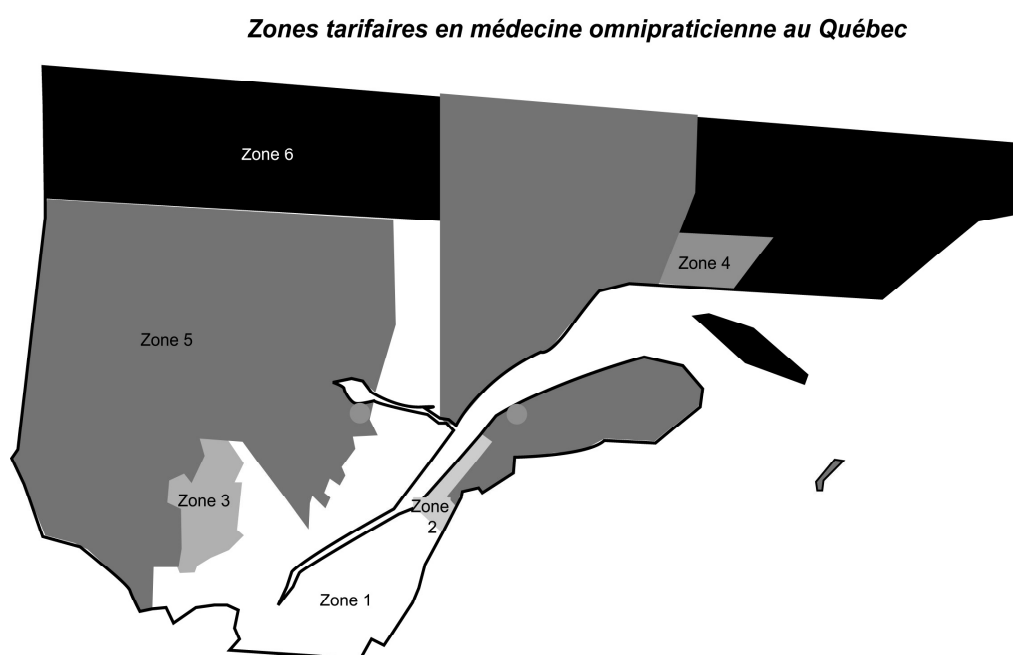
Le passage de 147 à 95 territoires de référence ne se fait pas sans quelques grincements de dents. Il est important ici de nous arrêter un instant sur une particularité du Québec : les différences entre régions périphériques et espaces métropolitains. Les quelques sept millions de québécois ne se répartissent pas uniformément sur le territoire. L'espace métropolitain montréalais concentre à lui seul plus de 3.1 millions d'individus. La population québécoise est à 78% urbaine et se concentre principalement un espace compris entre Montréal et Québec sur les deux rives du Saint Laurent et de la rivière des outaouais. A cet espace où la densité est

supérieure à 50 habitants par kilomètre carré, s'opposent des régions périphériques très peu peuplées (1 à 9 habitants au kilomètre carré, là où l'oekoumène n'est pas uniquement constitué d'implantations sporadiques).

La question des densités pose de nombreux problèmes de maintien de services aux populations là où celle-ci est trop peu nombreuse pour assurer la rentabilité et là où les aménités ne sont pas suffisantes pour attirer certaines catégories de population telle la profession médicale.

La figure 4 illustre les efforts entrepris au Québec pour définir des zones dans lesquelles s'appliquent des dispositifs offrant des avantages attractifs aux médecins dans les régions isolées⁵.

Fig 4.



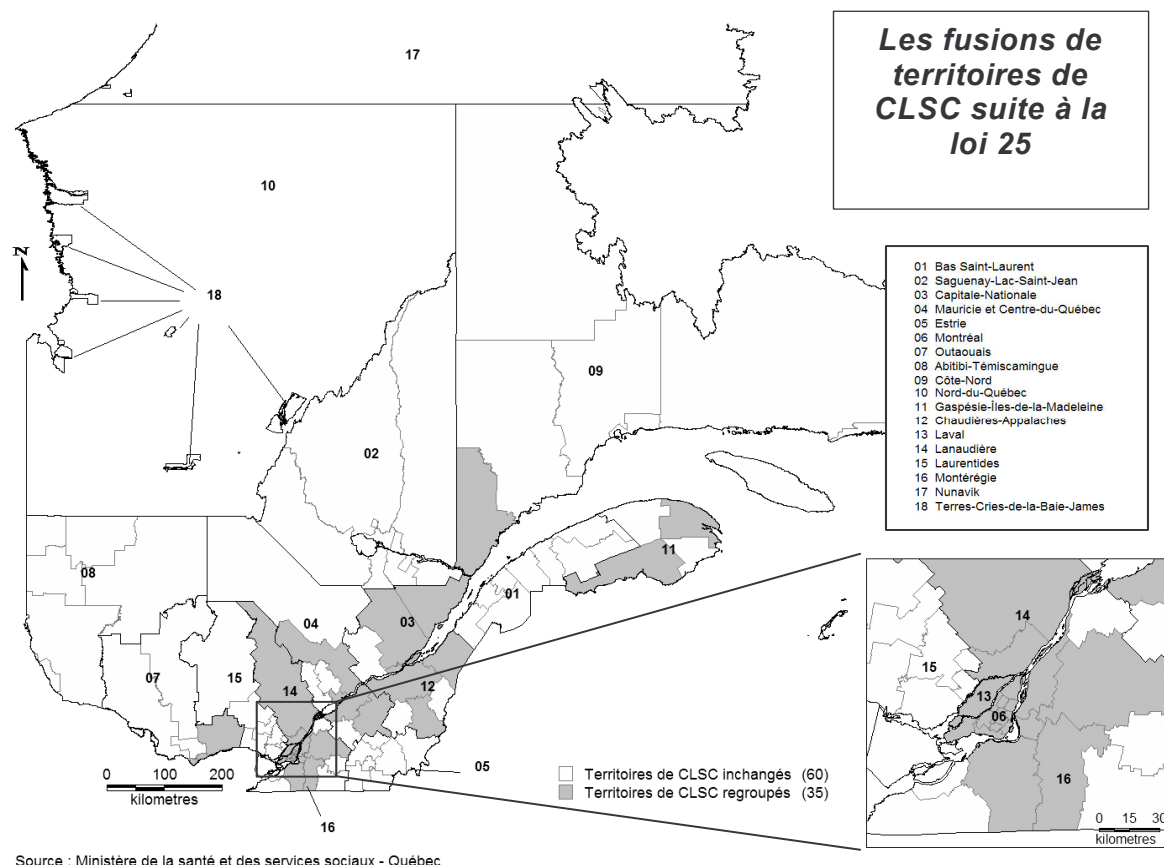
Source : Ministère de la santé et des services sociaux, 2005

⁵ Le médecin omnipraticien établi en territoire insuffisamment pourvu de professionnels de la santé a droit à une majoration de 105 à 140% de sa rémunération, à un maximum de 20 jours par année, cumulables jusqu'à 80 jours, pour parfaire ses connaissances techniques et professionnelles après chaque période de douze mois d'installation. Un médecin peut toutefois, au cours de la première année, utiliser par anticipation un maximum de dix jours de ressourcement. Une allocation compensatoire de 371 \$ par jour et de 180 \$ pour les frais de séjour est allouée.

L'exemple des zones de tarification médicale illustre la problématique de l'aménagement du territoire québécois et donne un éclairage sur l'arrière plan territorial, cadre du processus de fusions. C'est certainement avant tout en régions périphériques, face à la nécessité de rationaliser et d'optimiser l'offre que la réflexion sur l'intégration des services en réseaux s'est développée. Mais si il a semblé aller de soi dans les régions éloignées et intermédiaires, de regrouper les services (il est en effet impossible de multiplier l'offre sur un territoire aussi vaste et peu dense), dans les grandes cités et tout particulièrement à Montréal, les regroupements n'ont pas été aussi évidents, et le processus de fusion a révélé des enjeux sous-jacents

De plus, les territoires de CLSC en régions périphériques étaient souvent déjà vastes et la création de réseaux locaux de services par la loi 25 n'a pas systématiquement entraîné de modifications des découpages géographiques. C'est le cas par exemple dans l'un de nos espaces-laboratoires : l'Estrée. Dans cette région il y a une coïncidence parfaite entre les territoires de municipalités régionales de comté et les territoires de CLSC et ces territoires n'ont aucunement été modifiés par la réforme de 2003. Là où les territoires étaient de plus petite taille en revanche, à la fusion administrative s'est ajouté l'enjeu d'une recomposition territoriale (figure 5).

Fig 5.



Les enjeux sous-jacents

Les premiers de ces enjeux sont d'ordre organisationnels : il s'agit de conserver l'équilibre entre le médical et le social. En effet, les CSSS regroupent des acteurs dont les logiques opérationnelles et le poids relatif dans le système sont très disparates (un centre hospitalier et une association de services à domicile par exemple). Si la santé et le sociale ne sont pas cloisonnés au Québec, les prestataires de l'action sociale n'en craignent pas moins une "dérive médicalisante" qui résulterait, suite à la centralisation des budgets, en une affectation des ressources aux établissements qui ont le plus de poids, c'est à dire les établissements hospitaliers et les soins curatifs , au détriment des acteurs du secteur social et de la prévention et promotion de la santé.

Le ministre s'est engagé à ce qu'il n'y ait aucun transfert du préventif vers le curatif (...)
La crainte d'un glissement vers un modèle hospitalo-centré est à mon avis fondée. L'issue dépendra du niveau de vigilance des directions de CSSS. Car en effet, l'urgence médicale possède une dimension de visibilité immédiate et criante. Donc il faudra une vigilance féroce pour protéger un service de prévention dont les effets ne sont pas visibles.

(Un directeur général associé de CSSS, novembre 2005)

La deuxième catégorie est celle des enjeux économiques. Le discours encadrant la réforme se défend d'en appeler à la théorie rationalisante des économies d'échelles mais malgré tout le poids des dépenses de santé et la nécessité de mutualiser les moyens est là en arrière plan.

L'un des gros problèmes est la question des ressources. La réforme ne s'est accompagnée d'aucuns moyens supplémentaires.

(Un directeur général de CSSS, décembre 2005)

La troisième catégorie est celle des enjeux de l'échelle géographique de la proximité :

- Faire grandir les territoires modifie les réalités de terrain. Un espace aux caractéristiques populationnelles homogènes (en termes socio-économiques) peut devenir un espace hétérogène une fois regroupé avec un voisin aux caractéristiques différentes. Ne risque-t-on pas dès lors de s'éloigner des réalités en perdant la vision claire des besoins des usagers ? La réforme est trop récente pour pouvoir apporter une réponse à cette question mais c'est là l'un des points qui sont observés avec acuité par différentes équipes de recherche qui suivent la mise en place des RLS, tant du point de vue clinique que dans le champ des sciences sociales. Lors de nos entretiens, nous avons pu recueillir un premier élément de réponse qui suggère que ce problème puisse se transformer en avantage :

Préalablement à la mise en œuvre de la réforme sur le nouveau territoire fusionné, nous avons entrepris une démarche d'analyse qui a permis de prendre un regard ajusté sur le territoire, de quitter les moyennes pour entrer dans la réalité des quartiers.

(Une responsable de la planification dans un CSS à Montréal, décembre 2005)

- D'autre part, la création des CSSS est un processus de centralisation, cela change sur le terrain les rapports entre acteurs. Les organismes communautaires par exemple étaient partie prenante dans certaines décisions dans le cadre de leur partenariat avec les CLSC. Tout ceci se décidait au niveau local, les organismes communautaires recevaient des subventions régionales pour mener à bien leurs projets. Si ces budgets sont transférés aux CSSS, les associations craignent de passer du statut d'acteurs à celui de prestataires délégués de services, en d'autres termes de perdre de leur autonomie et de leur pouvoir discrétionnaire. Dans un tel scénario, le regard porté sur les organismes à but non lucratif (communautaires) changeraient implicitement pour devenir une vue sous l'angle de l'utilité en termes de production de services masquant la vue sous l'angle de leur utilité citoyenne.

Un aspect négatif pourrait-être que les organismes communautaires deviennent des espèces de "sous-traitants" ce qui ne correspond pas à leur histoire. Le milieu communautaire est à distinguer du milieu de l'économie sociale qui lui a pour objet de donner des services. L'institutionnalisation du mouvement communautaire se fait en grande partie contre son gré. Une grande partie préférerait être en marge ou en complémentarité du système public.

(Un responsable de la table provinciale des organismes communautaires, décembre 2005)

La loi 25 est à la fois dans la continuité des CLSC et des préceptes à l'origine du système de santé québécois (notamment la globalité de prise en charge) mais, en même temps, elle

marque une nette évolution (on peut employer le mot de "rupture"). En termes de territorialité, cela signifie un changement de paradigme : on passe de "territoires-circonscriptions" définis par la desserte de première ligne⁶ (à l'échelle locale) à des "territoires-réseaux" construits pour qu'en tout lieu l'utilisateur accède à un ensemble coordonné de services aussi bien primaires que très spécialisés (seuls les hôpitaux universitaires ne sont pas tenus de fusionner). Les partenariats locaux qui jusqu'alors reposaient sur la seule bonne volonté et la concertation deviennent un impératif imposé matérialisé par la responsabilité populationnelle et l'imputabilité données aux centres de santé et de services sociaux nouvellement créés.

En quoi la dimension territoriale est-elle primordiale? (discussion)

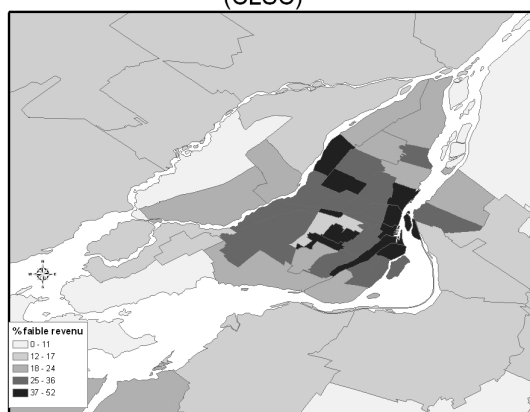
La question des échelles

Cette question est primordiale et reste posée après la réforme. Le changement d'échelle renvoie à la délimitation des frontières. Lorsque celles-ci sont modifiées de façon à accroître ou à diminuer la taille de la population couverte par un territoire, il n'est pas dit que ce changement de taille de population se fasse sans modification de la distribution des caractéristiques individuelles et donc, des attributs de la population.

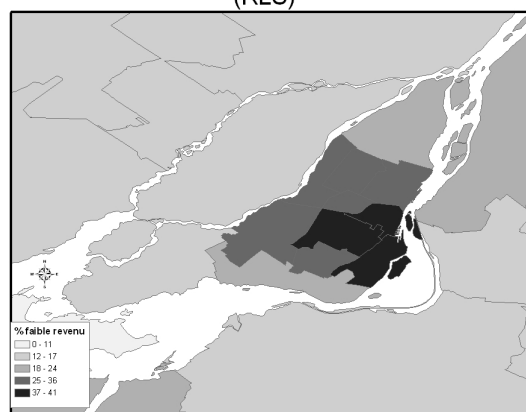
Cette réalité questionne les enjeux de la desserte des territoires à différentes échelles. Il existe des différences notables entre les régions du Québec à l'échelle provinciale, mais d'autres différences sont à prendre en compte à l'échelle de la ville ou du quartier.

Fig 6 & 7

Proportion de population sous le seuil de faible revenu
(CLSC)



Proportion de population sous le seuil de faible revenu
(RLS)



ser
de

Ainsi, lorsque l'on fusionne des territoires de CLSC à Montréal, on modifie les caractéristiques globales de la population desservie ce qui est de nature à engendrer, par ricochet, des modifications dans distribution des services. Les cartes ci-contre montrent comment le passage d'une échelle fine à celle des CSSS nivelle les valeurs et modifie l'aspect des territoires en déplaçant les frontières statistiques (ici la part de population vivant sous le seuil de faibles revenus).

À l'échelle du Québec, l'analyse statistique descriptive des indicateurs utilisés dans notre base de données révèle des variations importantes liées au changement d'échelle, ce que nous illustrons à partir de deux exemples dans les tableau 1 et 2⁷

Tab. 1 *Quelques exemples de variations des valeurs maximales et minimales en lien avec le changement d'échelle territoriale.*

| <i>Indicateur</i> | <i>Valeur minimale à l'échelle des 147 CLSC</i> | <i>Valeur maximale à l'échelle des 147 CLSC</i> | <i>Valeur minimale à l'échelle des 95 RLS</i> | <i>Valeur maximale à l'échelle des 95 RLS</i> |
|--|---|---|---|---|
| <i>Revenu moyen</i> | 24493 | 69311 | 31197 | 69311 |
| <i>Facteur pondéré âge, sexe, défavorisation</i> | 0,72 | 1,31 | 0,72 | 1,18 |
| <i>Nombre moyen d'interventions par usager</i> | 1,97 | 338,56 | 1,97 | 512,99 |
| <i>Nombre d'OSBL⁸ sur le territoire</i> | 0 | 75 | 0 | 221 |

⁷ Dans un développement futur de ce projet de recherche, il est prévu de dépasser ce stade de l'analyse descriptive univariée pour proposer une typologie multivariée des territoires. Ce travail est en cours de développement dans l'Unité mixte de recherche du CNRS 6590 en France et à l'Université du Québec à Montréal.

⁸ OSBL : Organismes sans but lucratif

Tab. 2 *Variation de la position relative d'un territoire à deux échelles (CLSC-RLS), dans un classement provincial, à partir d'un indicateur*

| <i>Unité territoriale</i> | <i>Indicateur : Taux de suicide</i> | <i>Classement (du moins bon taux au meilleur)</i> | <i>Variation de la position relative</i> |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <i>CLSC des Faubourgs (Montréal)</i> | 40.5 % | 4ème /147 | 16 places |
| <i>RLS « Jeanne Mance » (Montréal)</i> | 26.4 % | 20ème /95 | |
| <i>CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier (Québec)</i> | 42.9 % | 2ème /147 | 19 places |
| <i>RLS de Québec-Sud (Québec)</i> | 26.1% | 21ème/95 | |

L'intégration des services ne peut pas se faire de façon a-territoriale

La question que nous venons d'évoquer en pose une autre : celle de l'adéquation entre les territoires de la mesure (c'est à dire le découpage territorial selon lequel on recueille les indicateurs de santé) et les territoires de l'action (c'est à dire le ou les découpages territoriaux sur lesquelles les politiques publiques s'appliqueront). Le Québec, contrairement à la France, par exemple, présente un découpage territorial relativement simple : à l'échelle locale, deux délimitations co-existent : les contours des municipalités et ceux des territoires de CLSC dont l'agrégation forme les territoires de RLS. Etant donné que les municipalités n'ont quasiment pas de compétences en matière sanitaire et sociale, les territoires définis par les caractéristiques sanitaires et sociales de la population permettent d'éviter la superposition de découpages correspondant chacun à une logique d'acteur différente (ce qui est constitué un frein à l'intersectorialité). Cependant, il ne faut pas idéaliser ce modèle. En effet, lorsque l'on étudie de près les critères selon lesquels les territoires de CLSC ont été agrégés à Montréal, on constate que la recherche d'une homogénéité des caractéristiques populationnelles s'est parfois effacée derrière des enjeux politiques ou communautaires.

Ici nous sommes l'un des 40 centres de santé qui existaient avant la loi 25, regroupant les fonctions de centre hospitalier, de CLSC et de CHSLD. La réforme n'a rien changé sur le territoire. Le fait de passer à un établissement unique (CSSS) va permettre d'améliorer encore la concertation et la prise de décision. Par exemple l'harmonisation des services et du message en obstétrique, accompagnement de grossesse et suivi post-natal.

(Un directeur de CSSS d'une région rurale, novembre 2005)

Ce CSSS est constitué de la fusion de 3 CLSC avec, seulement récemment, l'intégration d'un CHSLD. (...) Les hôpitaux ne voulaient pas s'intégrer pour des raisons de "non-appartenance territoriale". (...) Sur trois territoires de CLSC fusionnés, deux étaient assez similaires et bien intégrés. Le troisième, c'est une toute autre logique. Il y a eu des discussions préalables ("je veux", "je ne veux pas"). Il y avait des affinités, des habitudes pré-existantes, des CLSC un peu isolés qu'on a rattachés "arbitrairement".

(Un membre de l'équipe de direction d'un CSSS de Montréal, décembre 2005)

Il faut également citer, parmi les arguments utilisés dans la justification des fusions, une logique numéraire basée sur un calcul de rapport entre le nombre d'habitants composant la population à desservir et la dimension du réseau intégré à mettre en place. On retrouve ce type de calculs univarié dans un grand nombre de processus de recompositions territoriales "forcées" dans bien d'autres pays : cela a par exemple été le cas dans le cadre de la planification sanitaire en France dans les années 1990 à 2000. Mais finalement, la loi s'est imposée à tous et le processus a été rapide. Si parfois le regroupement des territoires de CLSC a fait grincer des dents, il est possible que la loi 25 ait participé d'un processus de renforcement de la territorialisation de la santé par la transformation des réseaux locaux d'entités informelles en loi.

Les réseaux locaux ne sont pas nés avec la réforme. On connaît bien le réseau, il est facile d'identifier les acteurs. La principale modification est que la loi vient légitimer, formaliser certaines choses. On passe de la bonne volonté à l'obligation : c'est imputabilité.

(Une responsable de la planification dans un CSSS, décembre 2005)

Centralisation ou territorialisation de proximité ?

La création des CSSS constitue une centralisation, certes à une échelle qui reste locale, mais penser des parcours de soins individualisés peut-il se faire de façon centralisée avec une volonté d'égalité ou d'homogénéité sur le territoire? Ou bien doit-on sacrifier à l'égalité et ne rechercher que l'équité mais en collant au plus près des réalités locales ? Au Québec semble-t-il c'est le deuxième choix qui est fait, avec une nuance : une tendance à la "généralisation des idées qui marchent". Les RLS peuvent être considérés comme la généralisation et l'extension à tous les acteurs de la santé et du social de processus de fusions qui avaient été expérimentés entre trois types d'établissements (CH, CHSLD et CLSC, cf. précédemment). Dans les projets cliniques qui se mettent en œuvre au sein des CSSS, on retrouve des exemples similaires. Nous pouvons brièvement en développer un ici; celui des gestionnaires de dossier. Dans la ville de Sherbrooke, depuis une expérimentation a vu la création de postes de gestionnaires de cas, occupés par des infirmières qui ont en charge le suivi individualisé de personnes âgées ayant recours à des services de maintien à domicile. Ces gestionnaires sont garantes de la continuité des soins et des services et dépositaires d'un dossier médical partagé qui permet, en cas d'hospitalisation par exemple, que les antécédents du patient soient transmis par le gestionnaire à l'équipe soignante en un laps de temps très court. Ce dispositif a rencontré un franc succès. Il a été généralisé à la région de l'Estrie et l'on parle aujourd'hui de le mettre en place dans tout le Québec.

Conclusion

Le Québec est un exemple original d'une recherche de structuration du système de santé à la fois de façon managériale, dans les objectifs cliniques et avec une dimension forte: l'inscription territoriale systématique. Chaque réseau définit un territoire au sein duquel un établissement pivot est responsable de la distribution des services sociaux et de santé, de leur qualité et de leur continuité. La réforme qui a mis en place ces réseaux locaux de services est encore trop récente pour que ses effets puissent être évalués. En effet, seule la phase de fusion administrative des établissements a aujourd'hui déjà une réalité visible sur le terrain. Les effets de la mise en réseau des acteurs ne se feront sentir qu'ultérieurement et bien souvent, les ponts entre membres d'un futur réseau ne sont pas encore jetés. Mais il s'agit là d'un chantier à surveiller de très près et sans délai. En effet, il nous est donné d'observer une expérience de mise en réseau coïncidant avec la définition d'un territoire unique d'intervention. Chaque acteur s'inscrit dans une aire géographique commune à tous et non pas dans un territoire qui lui est propre, lié à sa tutelle ou à une source de financement ou encore à des contraintes légales (inscription dans un schéma territorial par exemple) comme c'est le cas en France par exemple. De ce fait, la lisibilité des territoires est meilleure au Québec qu'en France. L'action des intervenants se fait dans un même cadre géographique, les cloisonnements sectoriels, obstacles à la coordination sont moins nombreux, ce qui présente au minimum l'avantage d'éviter la formation de discontinuités dans les parcours individuels en santé.

Remerciements : ce texte est le résultat d'un travail mené de 2003 à 2006 avec les financements successifs du réseau des instituts de santé du Canada (IRSC) et du Conseil international d'études canadiennes (CIEC). Il me faut remercier Jean Carrière et Patrice Pitre de l'Université du Québec à Montréal ainsi que Mathieu Philibert de l'Institut national de santé publique du Québec pour leur conseils, leurs suggestions et leurs relectures avisées.

Références

- BÉLAND F BERGMAN H., (2000) Home care, continuing care and Medicare : a Canadian model of innovative models for Canadians ? *Health Pap* 1(4) : 38-45.
- BERNIER N., 2003, How Health Care Reform Impacts Social Policy and Social Redistribution, *Canadian Review of Social Policy/Revue Canadienne de politique sociale*, p. 51-66
- FAVREAU L., HURTUBISE Y., 1993, *CLSC et communautés locales. La contribution de l'organisation communautaire*, presses de l'Université du Québec, 211 pages
- CLAIR , rapport
- CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ C., 2003, *The integration of health care : dimensions and implementations*, working paper, GREAS, <http://www.greas.ca>
- DESROSIERS G., 1999, "Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : Conférence inaugurale du 51e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française", octobre 1998, *Revue d'histoire de l'Amérique française* Vol. 53, no 1
- DUMONT G., 2002, "Le principe républicain d'égalité et l'accès aux soins", in Vigneron E. (dir) *Pour une approche territoriale de la santé*, Ed. de l'Aube, DATAR, pp 65-88
- FLEURET S., (2003), "Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé", revue *Geocarrefour*, volume 78, n° 3, pp.239-246
- FLEURET S., THOMAS D., (2004), "Vers une géographie des parcours individuels de santé. Le CLSC québécois observé depuis la France", in *Espaces géographiques et société*, travaux et documents de l'UMR 6590, n°21, p. 149-158

- HAGGERTY J & al., (2004), *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants*; Rapport déposé à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 32 pages
- LEMIEUX V. BERGERON P., BÉGIN C., BÉLANGER G., dir., 2003, *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Les presses de l'Université Laval, 528 pages.
- MSSS, (2004), *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, publications du Québec, 75 pages
- PAGEAU M., CHOINIÈRE R., FERLAND M., SAUVAGEAU Y., 2001, *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, les publications du Québec, INSPQ 432 pages.
- PAMPALON R. 1985, *Géographie de la santé au Québec*. Les Publications du Québec, Québec, 392 pages,
- PELLETIER, G. (2000). *La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire pour la période de 1981 à 2021*, Québec, MSSS, no 38, (Collection Données statistiques et indicateurs).
- THOUEZ J-P., 1987, *Organisation spatiale des systèmes de soins*, Presses de l'université de Montréal, 166 pages
- TRAHAN, L., P. BÉGIN, M. DEMERS ET P. LAFONTAINE (1999). *Évaluation des changements dans l'offre de l'utilisation des services hospitaliers et de services ambulatoires*, Québec, MSSS, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, no 40, 118 p., (Collection Études et Analyses).